



Bulletin

Infections respiratoires aiguës

Semaine 06 (02 au 08 février 2026). Publication : 11 février 2026

ÉDITION NATIONALE

Tendances de la semaine

Infections respiratoires aiguës (IRA). Activité globalement faible et en baisse en ville et à l'hôpital.

Grippe. Recours aux soins en baisse dans toutes les classes d'âge, en ville comme à l'hôpital, avec une circulation virale toujours active. Ensemble des régions françaises en épidémie, excepté Mayotte, l'Ile-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes, passées en post-épidémie en S03, S05 et S06, respectivement, et La Réunion, au niveau de base.

Bronchiolite. Indicateurs syndromiques à leur niveau de base en ville et à l'hôpital. Poursuite de l'épidémie à Mayotte et en Martinique.

COVID-19. Indicateurs syndromiques stables et à des niveaux très faibles. Indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées en augmentation.

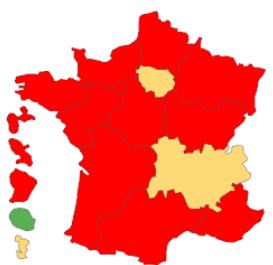
Indicateurs clés

Indicateurs syndromiques

Part de la pathologie parmi	IRA basses		Syndrome grippal		Bronchiolite (moins d'un an)		COVID-19	
	S06	S06 vs S05	S06	S06 vs S05	S06	S06 vs S05	S06	S06 vs S05
Actes médicaux SOS Médecins	16,6%	-2,5 pt	10,1%	-2,6 pt	6,5%	+0,2 pt	0,3%	0 pt
Passages aux urgences (OSCOUR®)	4,3%	-0,6 pt	1,6%	-0,5 pt	11,9%	-0,3 pt	0,1%	0 pt
Hospitalisations après passage aux urgences (OSCOUR®)	8,1%	-0,3 pt	1,7%	-0,3 pt	23,2%	+0,7 pt	0,2%	0 pt

Niveau d'alerte régional*

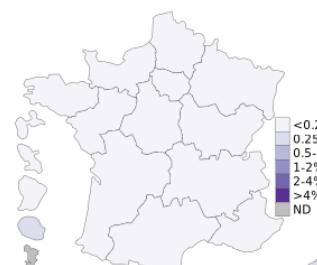
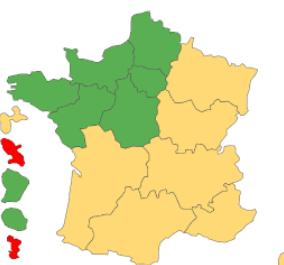
Grippe^{1,2,3}



■ Pas d'alerte ■ Epidémie ■ Post-épidémie

Taux de passages aux urgences**

COVID-19¹

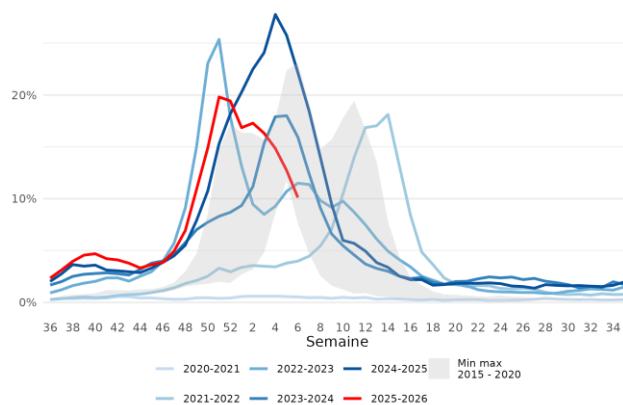


COVID-19¹

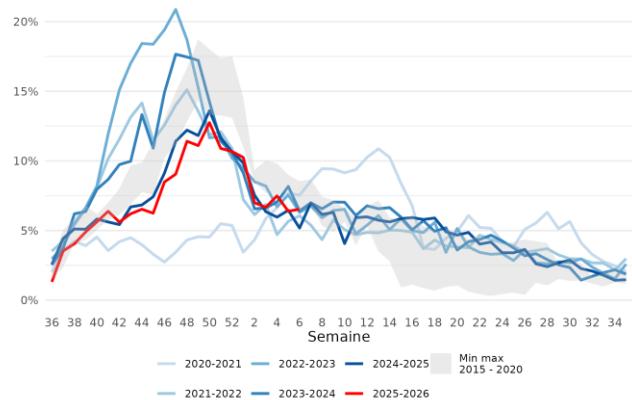
* Méthodologie en [annexe](#). Antilles, Guyane : niveau d'alerte pour S05. ** Données non disponibles pour Mayotte.
Source : ¹réseau OSCOUR®, ²SOS Médecins, ³réseau Sentinelles

Retrouvez la situation épidémiologique de chaque région dans les [bulletins régionaux](#) de Santé publique France.

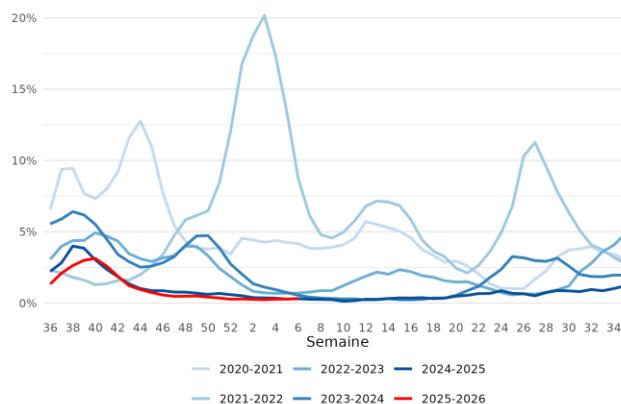
Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 1 an



Part des suspicions de COVID-19 parmi les actes SOS Médecins



Indicateurs virologiques

	Virus grippaux		VRS		SARS-CoV-2	
	S06	S06 vs S05	S06	S06 vs S05	S06	S06 vs S05
Taux de positivité des prélèvements						
Laboratoires de ville ^{1,2}	24,0%	-3,4 pt	5,4%	-0,7 pt	4,5%	+0,7 pt
Médecine de ville ^{1,3,*}	26,1%	-18,0 pt	8,3%	-0,8 pt	8,9%	+3,9 pt
Milieu hospitalier ^{1,4}	9,6%	-2,4 pt	4,3%	-0,4 pt	2,4%	+0,4 pt
Surveillance dans les eaux usées ^{5,**}			1265	+ 34,7 %		

Source : ¹ CNR-VIR, ² réseau RELAB, ³ réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, ⁴ réseau RENAL, ⁵ SUM'Eau

* Prélèvements réalisés chez des patients consultant pour une IRA

** Ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal. Méthodologie en [annexe](#)

Retrouvez la situation épidémiologique en médecine de ville dans le bulletin du [réseau Sentinelles](#).

Point de situation

En semaine 06, l'activité pour infection respiratoire aigüe (IRA) diminuait dans toutes les classes d'âge en ville comme à l'hôpital, se situant à un niveau d'intensité faible d'après les données SOS Médecins et à l'hôpital (réseau Oscour®), et modéré d'après les données du réseau Sentinelles/IQVIA. Cette activité était toujours principalement portée par la circulation des virus grippaux.

Le recours aux soins pour grippe/syndrome grippal continuait de diminuer en ville comme à l'hôpital en semaine 06, se situant à un niveau d'intensité faible. Le taux de positivité pour grippe diminuait en ville et à l'hôpital, tout en demeurant à un niveau supérieur à 10% en ville, indiquant le maintien d'une circulation active des virus grippaux A(H3N2) et A(H1N1)_{pdm09} au sein de la population française. La part de la grippe parmi les décès déclarés par certificat électronique et le nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA signalés en EMS et exclusivement attribués à la grippe continuaient de diminuer. Les prévisions de la dynamique de l'épidémie en France hexagonale établies par l'Institut Pasteur et Santé publique France anticipent une poursuite de la diminution du recours aux soins pour grippe au cours des quatre prochaines semaines. Après l'Île-de-France en S05, la région Auvergne-Rhône-Alpes passait en post-épidémie en S06. Le reste des régions hexagonales demeuraient en épidémie. En Outre-mer, les Antilles et la Guyane étaient toujours en épidémie, Mayotte en post-épidémie depuis S03 et La Réunion au niveau de base.

Le nombre de nouveaux épisodes d'IRA dans les Établissements médico-sociaux (EMS) était en diminution en S05. La majorité des épisodes était encore attribuée à la grippe.

Au 31 décembre 2025, les couvertures vaccinales grippe sont estimées à 46,3% chez l'ensemble des personnes cibles, 53,3% chez les 65 ans et plus et 27,1% chez les moins de 65 ans à risque de grippe sévère. Ces estimations sont supérieures à celles observées à la même date en 2024. Le détail de ces couvertures vaccinales est disponible dans la partie « Prévention » en fin de bulletin.

Les estimations provisoires de l'efficacité en vie réelle du vaccin contre l'infection symptomatique par un virus grippal, produites par le CNR-VIR à partir des données du réseau RELAB disponibles jusqu'en S01/2026, indiquent une efficacité à 36,4% (intervalle de confiance à 95% : 29,7-42,5%) tous âges confondus. Il s'agit d'un niveau d'efficacité modéré pour le vaccin grippe, similaire à d'autres estimations préliminaires au niveau international et supérieur à l'attendu, compte tenu notamment de la forte divergence antigénique du sous-clade K vis-à-vis de la souche A(H3N2) incluse dans le vaccin utilisé cet hiver. Avec l'application des gestes barrières, la vaccination est le moyen le plus efficace de se prémunir de la grippe et de ses complications.

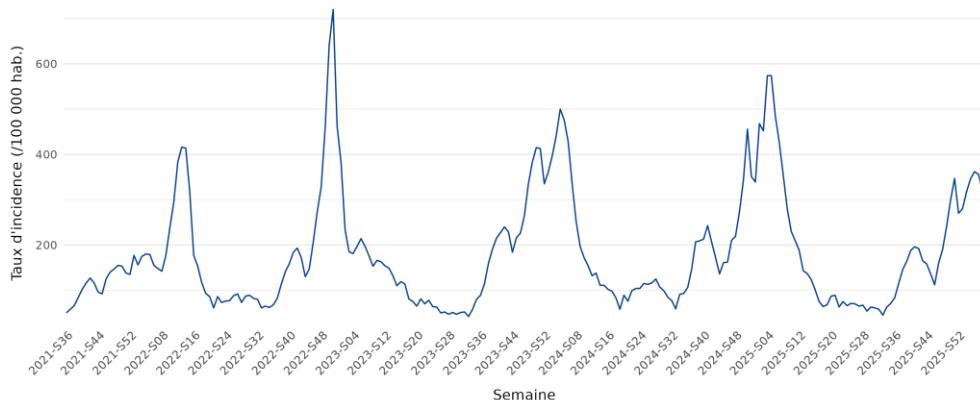
Les indicateurs syndromiques de la bronchiolite augmentaient légèrement en ville, à un niveau proche de celui observé la saison précédente à la même période. A l'hôpital, la part des passages aux urgences était en légère diminution et la part des hospitalisations après passage en augmentation. Néanmoins, les indicateurs syndromiques restaient à leur niveau de base. Le taux de positivité pour le VRS (virus respiratoire syncytial) tous âges était en diminution en ville et à l'hôpital, à un niveau supérieur à celui de la saison précédente à la même période, traduisant une circulation persistante du virus sur le territoire. Dans l'Hexagone, 7 régions restaient en post-épidémie et 6 régions à leur niveau de base. Dans les départements et régions d'outre-mer, Mayotte et la Martinique étaient encore en épidémie. La Guadeloupe restait en post-épidémie et les indicateurs en Guyane et à La Réunion étaient à leur niveau de base.

Les indicateurs syndromiques de la COVID-19 restaient globalement stables et à des niveaux faibles en ville et à l'hôpital. Le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était en augmentation en ville et à l'hôpital. L'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était en augmentation pour la deuxième semaine consécutive, mais restait à un niveau faible. La part des décès de COVID-19 certifiés électroniquement était en diminution.

Médecine de ville

En semaine 06, le taux d'incidence des cas d'infection respiratoire aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 322 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 310 -333] (données non consolidées) vs 356 [344-367] en S05.

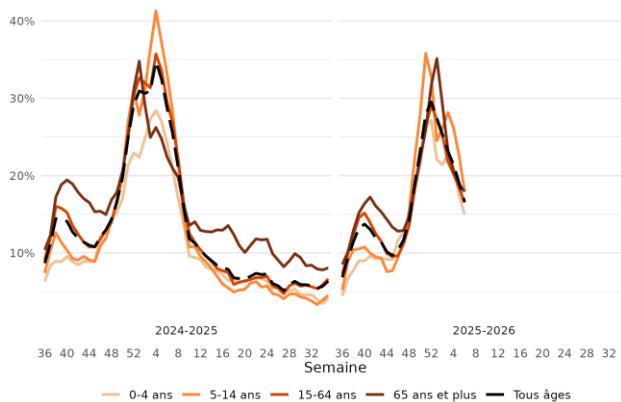
Estimation de l'incidence des cas d'IRA vus en consultation de médecine générale*



Source : réseau Sentinelles, IQVIA

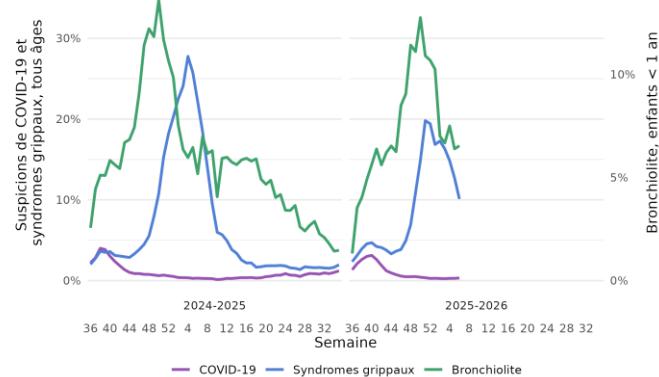
En semaine 06, 16 514 actes SOS Médecins correspondant à une IRA basse ont été enregistrés, soit 16,6% de l'ensemble des actes (vs 19,1% en S05). Le nombre d'actes médicaux pour syndrome grippal était de 10 057, soit 10,1% (vs 12,7% en S05). Un total de 184 actes pour bronchiolite a été enregistré chez les moins d'un an, soit 6,5% (vs 6,4% en S05) de l'ensemble des actes dans cette classe d'âge. Le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 était de 320, soit 0,3% des actes SOS Médecins (vs 0,3% en S05).

Part des IRA basses* parmi les actes SOS Médecins



Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

Part des syndromes grippaux, des suspicions de COVID-19 (tous âges) et de la bronchiolite (chez les moins de 1 an) parmi les actes SOS Médecins



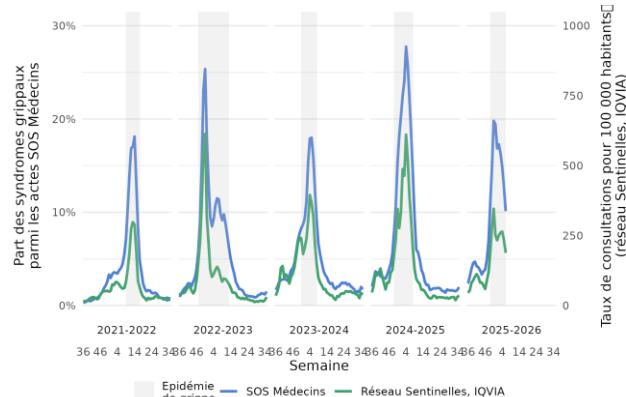
Source : SOS Médecins

Grippe

En semaine 06, le taux de consultations tous âges confondus pour syndrome grippal estimé à partir des données du réseau Sentinelles et IQVIA était de 188 pour 100 000 habitants [IC95% : 179-196] (données non consolidées) vs 233 pour 100 000 habitants [224-243] en S05.

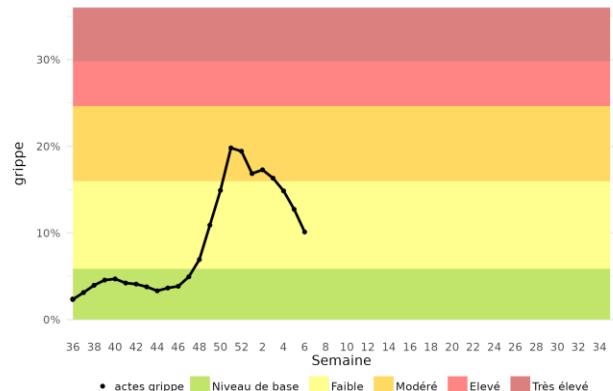
Le recours aux soins pour syndrome grippal diminuait en médecine de ville en semaine 06, et ce dans toutes les classes d'âge. La part d'activité pour syndrome grippal SOS Médecins se situait à un niveau d'intensité faible dans toutes les classes d'âge.

Consultations pour syndrome grippal : pourcentage parmi les actes SOS Médecins et taux de consultations pour 100 000 habitants (réseau Sentinelles, IQVIA*)



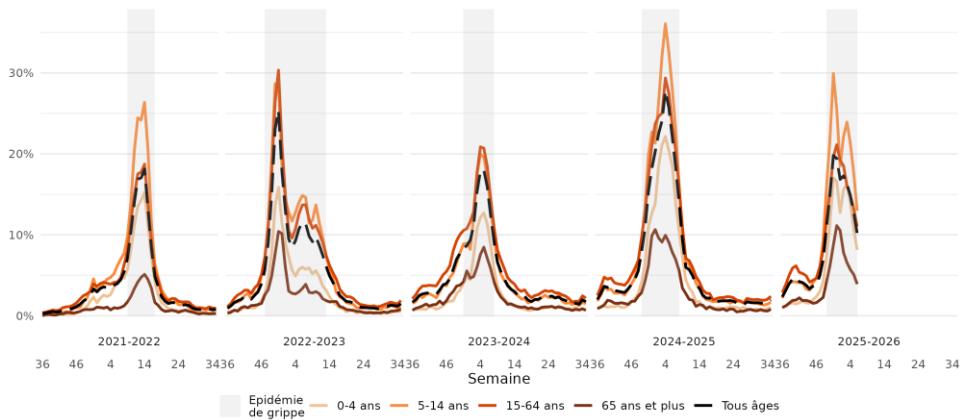
Source : réseau Sentinelles, IQVIA, SOS Médecins

Part des syndromes grippaux parmi les consultations SOS Médecins, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur



Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

Part des syndromes grippaux parmi les actes SOS Médecins



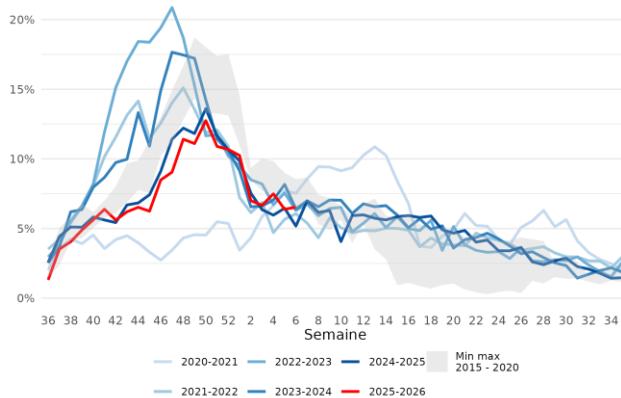
Source : SOS Médecins

Bronchiolite

En semaine 06, parmi les 2 815 actes médicaux SOS Médecins réalisés pour des enfants de moins de 1 an, 184 actes (6,5%) étaient liés à la bronchiolite.

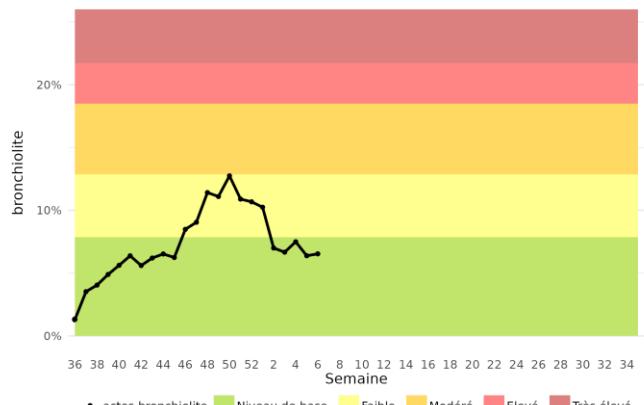
La part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins était stable en semaine 06 en médecine de ville. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite était à son niveau de base.

Part de la bronchiolite parmi les actes SOS Médecins chez les enfants de moins de 1 an



Source : SOS Médecins

Part de la bronchiolite parmi les consultations SOS Médecins chez les moins de 1 an, selon le niveau d'intensité* pour cet indicateur



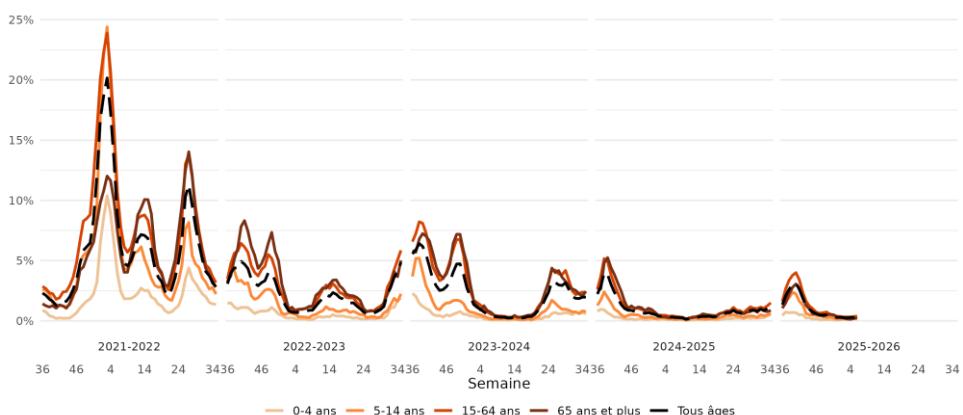
Source : SOS Médecins. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

En semaine 06, parmi les patients vus en consultation de médecine générale pour une infection respiratoire aiguë, le taux d'incidence des cas de COVID-19 a été estimé à 7 cas pour 100 000 habitants [IC95% : 5-10] (données non consolidées) vs 10 [4-15] en S05.

En semaine 06, la part des actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 restait globalement stable et à des niveaux faibles dans toutes les classes d'âges. Chez les 65 ans et plus 24 actes ont été enregistrés, soit 0,2% (vs 0,2% en S05), 205 actes chez les 15-64 ans, soit 0,4% (vs 0,3% en S05), 63 actes chez les 5-14 ans, soit 0,4% (vs 0,4% en S05) et 28 actes ont été enregistrés chez les 0-4 ans, soit 0,2% (vs 0,2% en S05).

Part des suspicions de COVID-19 parmi les actes SOS Médecins



Source : SOS Médecins

Milieu hospitalier

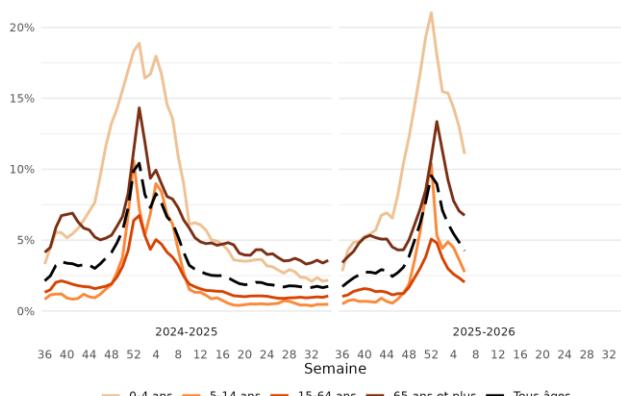
En semaine 06, 15 522 passages aux urgences pour IRA basse ont été enregistrés, soit 4,3% de l'ensemble des passages tous âges (vs 4,9% en S05). Le nombre d'hospitalisations après passage pour IRA basse était de 6 052, soit 8,1% de l'ensemble des hospitalisations tous âges (vs 8,4% en S05). La part des IRA parmi les passages aux urgences était à un niveau d'intensité faible tous âges confondus.

Le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal était de 5 922, soit 1,6% des passages (vs 2,2% en S05). Le nombre d'hospitalisations après passage pour syndrome grippal était de 1 290, soit 1,7% de l'ensemble des hospitalisations (vs 2,1% en S05).

Chez les moins d'un an, 1 484 passages aux urgences pour bronchiolite ont été enregistrés, soit 11,9% des passages dans cette classe d'âge (vs 12,2% en S05). Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour bronchiolite était de 517, soit 23,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge (vs 22,5% en S05).

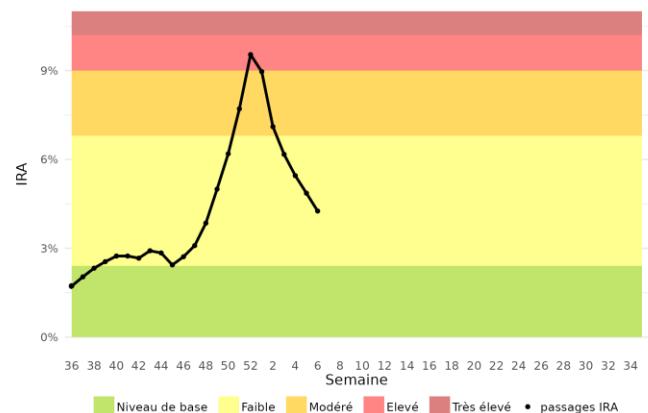
En semaine 06, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était de 499, soit 0,1% de l'ensemble des passages (vs 0,1% en S05). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était de 153, soit 0,2% de l'ensemble des hospitalisations (vs 0,2% en S05).

Part des IRA basses parmi les passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

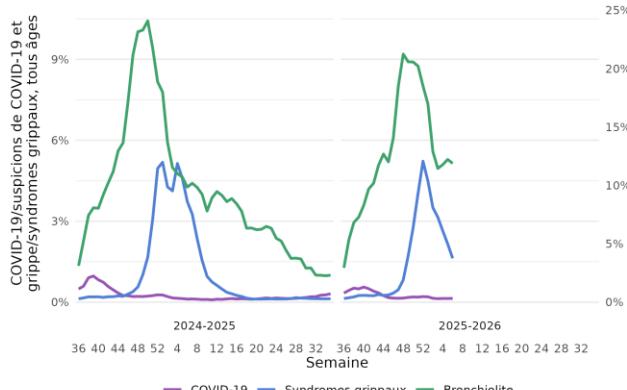
Part des IRA basses parmi les passages aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe A et B](#)

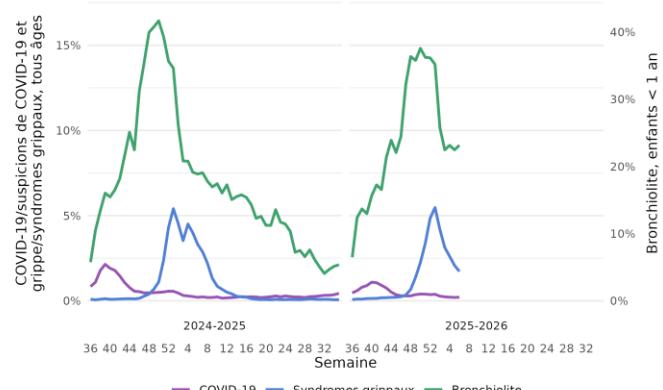
Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 et de la grippe/syndrome grippal (tous âges) et part de la bronchiolite (chez les moins de 1 an)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage

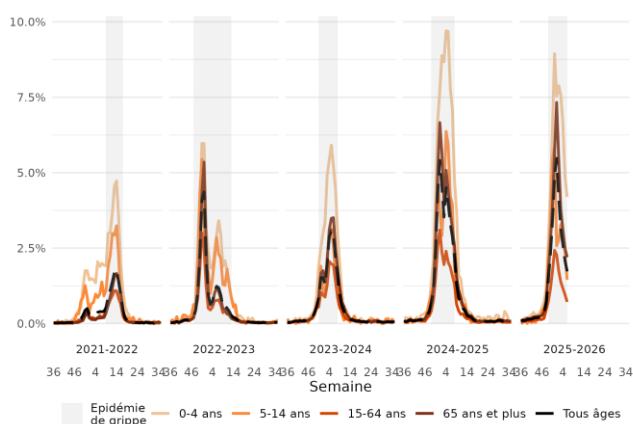


Source : réseau OSCOUR®

Grippe

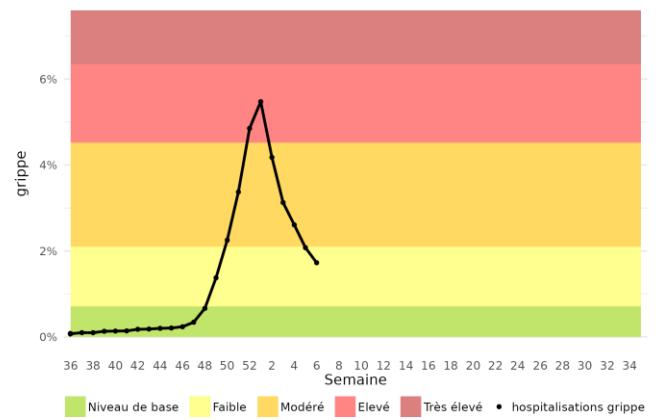
En semaine 06, la part de la grippe parmi les hospitalisations après passage aux urgences continuait de diminuer et se situait à un niveau d'intensité faible dans toutes les classes d'âge. Les hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal survenues en S06 concernaient principalement les 65 ans et plus (64%) et les moins de 5 ans (16%). La proportion d'hospitalisations après un passage aux urgences pour grippe / syndrome grippal était de 22%. Cette proportion était nettement plus élevée chez les 65 ans et plus (59%) que dans les autres classes d'âge (12% chez les 15-64 ans, 11% chez les moins de 5 ans et 5,5% chez les 5-14 ans).

Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Part de la grippe/syndrome grippal parmi les hospitalisations après passage aux urgences, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

Bronchiolite

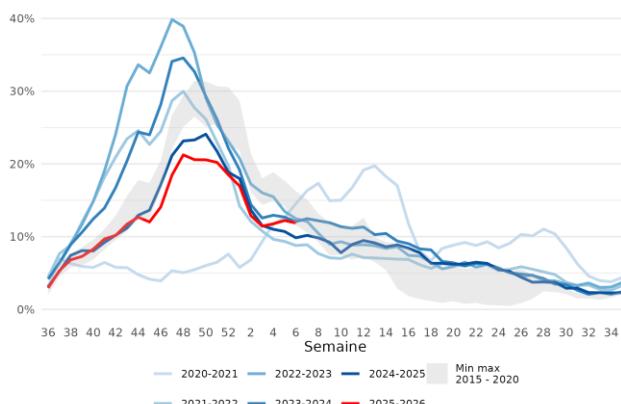
En semaine 06, chez les moins de 1 an, la bronchiolite concernait 11,9% des passages aux urgences et 23,2% des hospitalisations dans cette classe d'âge.

Parmi les 1 484 enfants de moins de 1 an vus aux urgences pour bronchiolite en semaine 06, 517 (34,8%) ont été hospitalisés.

La part de la bronchiolite parmi les passages aux urgences était en légère diminution, tandis qu'elle augmentait légèrement parmi les hospitalisations après passage en semaine 06. Le niveau d'intensité de la part de la bronchiolite restait à son niveau de base.

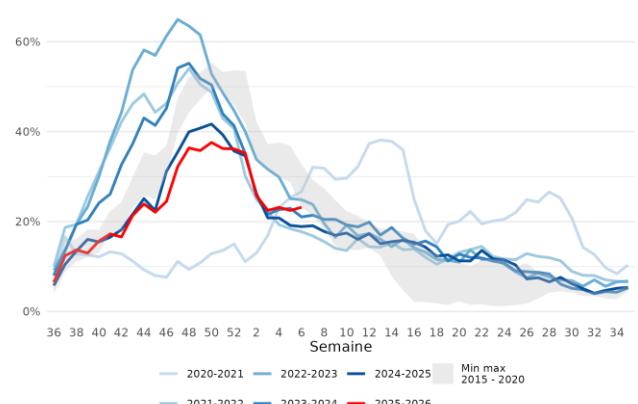
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

Une analyse détaillée chez les moins d'un an est disponible [ici](#)

Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations après passage aux urgences chez les moins de 1 an, selon le niveau d'intensité pour cet indicateur*



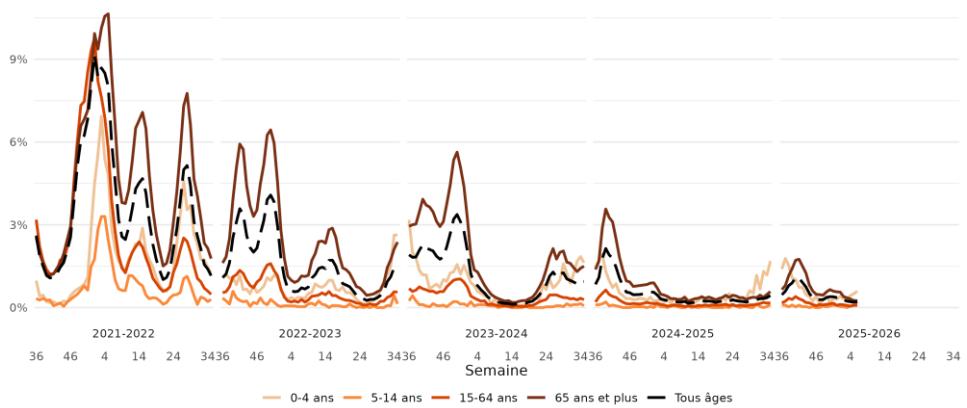
Source : réseau OSCOUR®. * Méthodologie en [annexe](#)

COVID-19

La part des hospitalisations après passage aux urgences pour COVID-19/suspicion de COVID-19 restait faible dans toutes les classes d'âge, tandis qu'elle augmentait légèrement chez les 0-4 ans (29 hospitalisations ont été enregistrées, soit 0,6% (vs 0,5% en S05). Un total de 94 hospitalisations a été enregistré chez les 65 ans et plus, soit 0,2% (vs 0,3% en S05), 23 hospitalisations chez les 15-64 ans, soit 0,1% (vs 0,1% en S05) et 7 hospitalisations chez les 5-14 ans, soit 0,2% (vs 0,1% en S05).

Parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences, 5 l'ont été pour COVID-19/suspicion de COVID-19 en S6, soit 0,2% (vs 0,2% en S05).

Part de la COVID-19/suspicion de COVID-19 parmi les hospitalisations après passage aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Cas graves en réanimation

Depuis la semaine 40, 1107 cas de grippe, 165 cas de COVID-19 et 184 cas d'infections à VRS* ont été signalés par les services de réanimation participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Sept cas de co-infections grippe/SARS-CoV-2, 12 cas de co-infections grippe/VRS et 4 cas de co-infections SARS-CoV-2/VRS ont également été déclarés.

* La surveillance des infections à VRS concerne uniquement les personnes âgées de 18 ans et plus.

Caractéristiques des patients admis en service de réanimation suite à une infection par les virus de la grippe, le SARS-CoV-2 ou le VRS au cours de la saison 2025-2026

	Grippe N = 1107 (76%)		COVID-19 N = 165 (11%)		Infection à VRS N = 184 (13%)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Femme	457	41%	57	35%	107	58%
Homme	639	58%	106	65%	76	42%
Indéterminé	9	1%	1	1%	0	0%
Non renseigné	2		1		1	
Classes d'âge (années)						
< 2	36	3%	2	1%	0	0%
2-17	58	5%	3	2%	0	0%
18-64	391	35%	50	30%	65	35%
65 et plus	619	56%	110	67%	119	65%
Non renseigné	3		0		0	
Données virologiques grippales						
A, sans précision	792	78%	-	-	-	-
A(H1N1) _{pdm09}	110	11%	-	-	-	-
A(H3N2)	117	11%	-	-	-	-
B	0	0%	-	-	-	-
Co-infection virus grippaux	1	0%	-	-	-	-
Non renseigné	87		165		184	
Présence de comorbidité(s)						
Vaccination grippe pour la saison en cours						
Oui	220	29%	15	19%	47	45%
Non	541	71%	63	81%	57	55%
Non renseigné	346		87		80	
Vaccination COVID-19 depuis moins de 6 mois						
Oui	93	13%	12	14%	27	26%
Non	615	87%	76	86%	76	74%
Non renseigné	399		77		81	
Syndrome de détresse respiratoire aiguë						
Aucun	525	51%	83	54%	95	58%
Mineur	123	12%	5	3%	15	9%
Modéré	205	20%	33	21%	41	25%
Sévère	174	17%	33	21%	12	7%
Non renseigné	80		11		21	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive						
Aucune	40	4%	7	4%	5	3%
Ventilation non-invasive	685	62%	98	60%	120	67%
Ventilation invasive	357	32%	56	35%	55	31%
Assistance extracorporelle	17	2%	1	1%	0	0%
Non renseigné	8		3		4	

Source : réseau de services de réanimation sentinelles
 Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%.

Parmi les 1107 cas de grippe, 56% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 87% des cas. Un virus de type A a été identifié dans 100% des cas où le virus a été typé (1021/1021). Parmi les 761 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 71% n'étaient pas vaccinés contre la grippe. Au total, 150 décès ont été signalés, dont 114 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

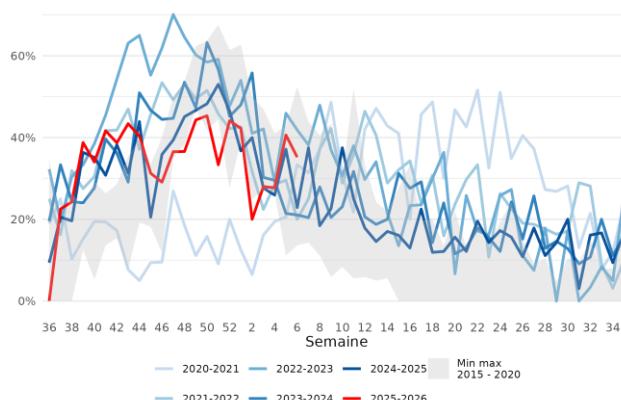
Parmi les 165 cas de COVID-19, 67% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 88% des cas. Parmi les 88 cas pour lesquels le statut vaccinal était renseigné, 86% n'étaient pas vaccinés contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois. Au total, 36 décès ont été signalés, dont 33 chez les 65 ans et plus (données non consolidées).

Parmi les 184 cas d'infections à VRS de 18 ans et plus, 65% avaient 65 ans ou plus. La présence d'au moins une comorbidité était rapportée pour 94% des cas. Au total, 23 décès ont été signalés, dont 21 chez les 65 ans et plus (données non consolidées)

Bronchiolite

En semaine 06, 19 hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences pour bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an ont été enregistrées, soit 35,2% de l'ensemble des hospitalisations en service de réanimation dans cette classe d'âge (vs 40,6% en S5).

Part de la bronchiolite parmi les hospitalisations en service de réanimation après passage aux urgences chez les enfants de moins de 1 an



Source : réseau OSCOUR®

La surveillance des cas graves de bronchiolite chez les moins de 2 ans s'appuie sur des services de réanimation pédiatrique volontaires. Sont signalés les patients de moins de 2 ans avec une bronchiolite nécessitant une prise en charge en réanimation, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (identifié ou non). Les services participants peuvent signaler tous les cas admis en réanimation ou les cas admis en réanimation un jour donné de la semaine. Cette surveillance n'est pas exhaustive.

Depuis la semaine 2025-S40, 392 cas graves de bronchiolite ont été signalés par les services de réanimation participants.

Parmi eux, le VRS et les rhinovirus/entérovirus ont été identifiés respectivement dans 266 et 89 cas (soit respectivement 68% et 23% des cas). 65% avait moins de 6 mois et 27% avaient au moins une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurés. Un traitement préventif contre les infections à VRS par anticorps monoclonal avait été administrés à 131 cas (33%). Parmi les 280 cas dont le statut vaccinal de la mère était renseigné, 78% d'entre elles n'étaient pas vaccinées.

Caractéristiques des nourrissons admis en service de réanimation pour une bronchiolite en France au cours de la saison 2025-2026, données du 10 février 2025

	Bronchiolite N = 392	
	N	%
Sexe		
Fille	172	45%
Garçon	212	55%
Non renseigné	8	
Classes d'âge (mois)		
< 1	47	12%
1-2	144	38%
3-5	65	17%
6-11	84	22%
12-24	43	11%
Non renseigné	9	
Agent pathogène (seul ou en co-infection)*		
VRS	266	68%
Rhinovirus/Entérovirus	89	23%
Métapneumovirus	19	5%
SARS-CoV-2	3	1%
Parainfluenzae virus	14	4%
Grippe	8	2%
Adénovirus	13	3%
Coronavirus saisonnier	6	2%
Bocavirus	4	1%
Autre pathogène	1	0%
Non identifié/Non recherché	20	5%
Présence de comorbidité(s) et/ou prématureté**	105	27%
Prématurité	61	16%
Pathologie cardiaque	25	6%
Pathologie pulmonaire	26	7%
Pathologie rénale	2	1%
Pathologie neuromusculaire	3	1%
Immunodépression	1	0%
Autre(s) comorbidité(s)	20	5%
Traitements préventifs pour le VRS	131	33%
Nirsevimab (Beyfortus®)	126	32%
Palivizumab (Synagis®)	2	1%
Non renseigné	3	1%
Vaccination de la mère contre le VRS		
Aucun	219	78%
Oui	61	22%
Non renseigné	112	
Assistance ou aide ventilatoire la plus invasive		
Ventilation non invasive	196	51%
Oxygénothérapie à haut-débit	171	45%
Ventilation invasive	16	4%
Assistance extracorporelle	1	0%
Non renseigné	8	
Décès	1	0%

Source : réseau de services de réanimation sentinelles pédiatriques. Compte tenu des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%. * Plusieurs agents pathogènes possibles pour un patient (co-infections). Le total est supérieur à 100%. ** Seules les comorbidités les plus fréquentes sont décrites. Plusieurs comorbidités possibles pour un patient

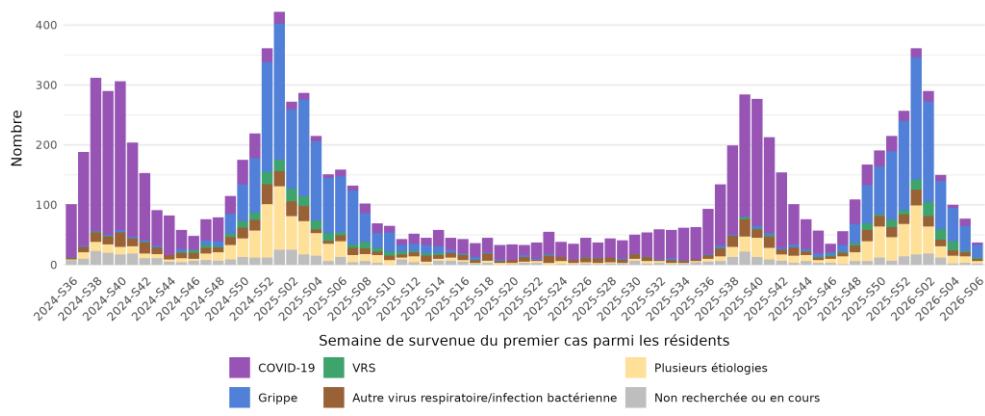
Établissements médico-sociaux

Depuis la semaine 40, 2 923 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention*, dont 2 688 (92%) épisodes survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Parmi l'ensemble des épisodes d'IRA survenus en EMS, 2 778 (95%) ont fait l'objet d'une recherche étiologique, parmi lesquels 1 052 (37,9%) étaient exclusivement attribués à la grippe, 899 (32,4%) exclusivement attribués à la COVID-19 et 123 exclusivement au VRS (4,4%). Le VRS était seul ou associé à un autre pathogène dans 285 épisodes (10,3%).

Un total de 77 nouveaux épisodes de cas groupés d'IRA sont survenus en semaine 05 (données non consolidées) vs 100 en S04. Parmi eux, 42 épisodes étaient attribués exclusivement à la grippe (vs 56 en S04), 2 étaient attribués exclusivement à une infection à VRS (vs 15 en S04) et 12 étaient attribués exclusivement à la COVID-19 (vs 5 en S04).

Nombre d'épisodes de cas groupés d'IRA dans les établissements médico-sociaux



* Portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la Santé et de la Prévention (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>)

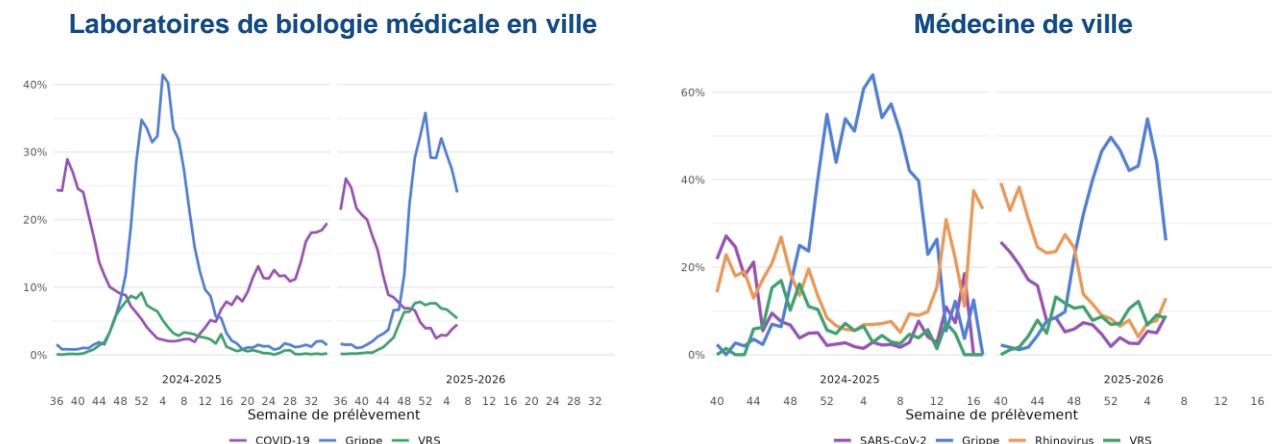
Surveillance virologique

En semaine 06, le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les laboratoires de biologie médicale (réseau RELAB) était de 24,0% (1 097/4 565) pour les virus grippaux (vs 27,4% en S05), 5,4% (239/4 433) pour le VRS (vs 6,1% en S05), 4,5% (205/4 576) pour le SARS-CoV-2 (vs 3,8% en S05).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en ville par les médecins des réseaux Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg et DUMG Rouen et Côte d'Azur était de 26,1% (41/157) pour les virus grippaux (vs 44,1% en S05), 8,3% (13/157) pour le VRS (vs 9,1% en S05), 8,9% (14/157) pour le SARS-CoV-2 (vs 5,0% en S05) et 12,9% (20/155) pour le rhinovirus (vs 7,8% en S05).

Le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 9,6% (1 100/11 404) pour les virus grippaux (vs 12,0% en S05), 4,3% (453/10 600) pour le VRS (vs 4,6% en S05), 2,4% (281/11 471) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,0% en S05) et 11,9% (536/4 597) pour le rhinovirus (vs 10,2% en S05).

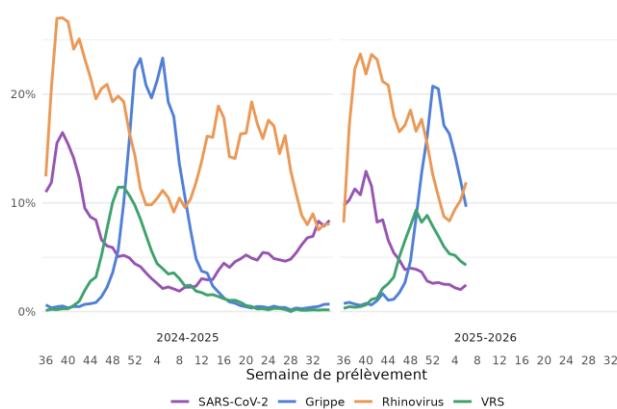
Taux de positivité pour différents virus respiratoires des prélèvements réalisés en France hexagonale



Source : réseau RELAB, CNR-VIR

Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR. Reprise des analyses en S40.

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

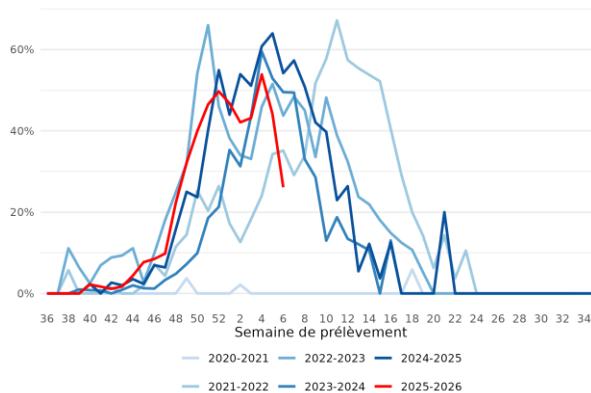
Virus grippaux

En semaine 06, le taux de positivité pour grippe continuait de diminuer par rapport à la semaine précédente en médecine de ville (28% vs 44%), en laboratoires d'analyses médicales (24% vs 32%) et à l'hôpital (11% vs 12%). Depuis la semaine 40, en médecine de ville, sur les 3 432 prélevements analysés, 992 se sont avérés positifs pour la grippe (taux de positivité 29%) : parmi eux 992 étaient des virus de type A : 357 A(H1N1)_{pdm09}, 570 A(H3N2) et 65 A non sous-typés, et 5 étaient de type B, tous de lignage B/Victoria. La part des virus A(H3N2) parmi les virus détectés est environ deux fois supérieure à celle des virus A(H1N1)_{pdm09} en ville depuis la S02, mais les deux sous-types continuent de co-circuler.

A l'hôpital (réseau RENAL/CNR), parmi les 260 120 prélevements testés depuis la semaine 40, 27 093 se sont avérés positifs pour un virus grippal (10,4%), avec une très grande majorité de virus de type A : 22 860 virus de type A non sous-typés, 1 659 A(H1N1)_{pdm09}, 2 452 A(H3N2) et 122 virus de type B.

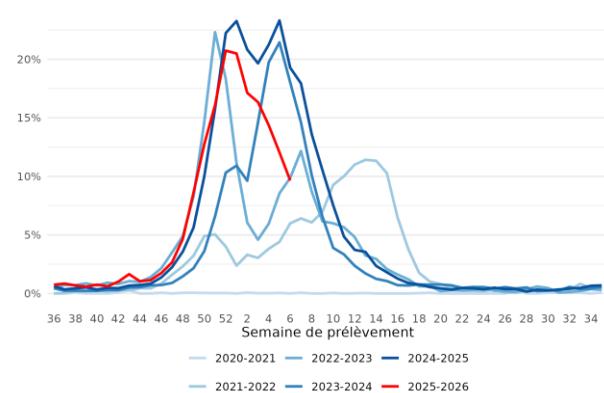
Taux de positivité pour grippe des prélevements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

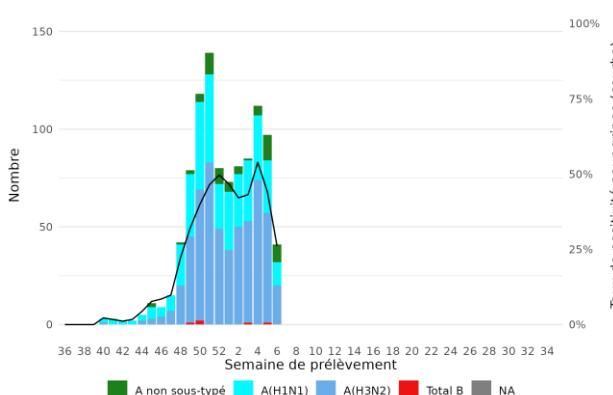
Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

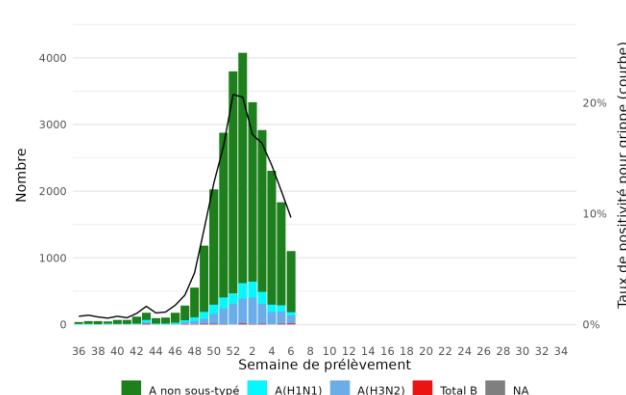
Distribution des types et sous-types de virus grippaux des prélevements réalisés en France hexagonale

Médecine de ville



Source : réseau Sentinelles, SOS Médecins, DMG Strasbourg, DUMG Rouen et Côte d'Azur, CNR-VIR

Hôpital



Source : réseau RENAL, CNR-VIR

Caractérisations antigénique et génétique des virus grippaux

Entre les semaines 48 et 52/2025, un total de 232 virus A(H1N1), 199 virus A(H3N2) et 3 virus B(VIC) ont été séquencés par le CNR Virus des infections respiratoires.

Le sous-clade majoritaire était le sous-clade K (191/199 ; 96%) pour le sous-type A(H3N2), et le sous-clade D.3.1.1 (213/232 ; 92%) pour le sous-type A(H1N1)_{pdm09}.

Les trois virus B séquencés appartiennent au lignage Victoria (sous clade C.5.5, C.5.6.1 et C.5.7).

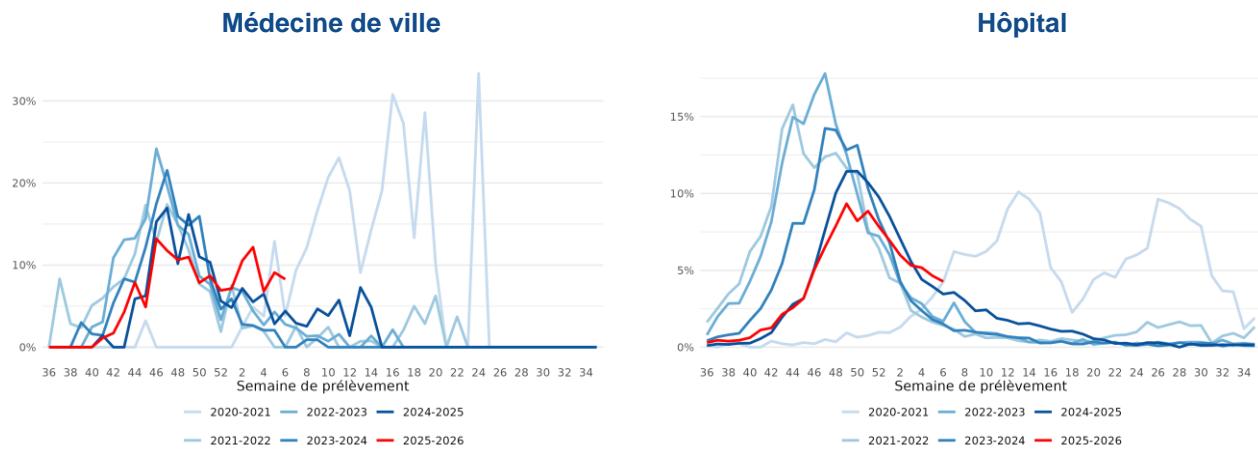
Ces données de séquençage sont préliminaires. Elles seront consolidées et complétées par des analyses de caractérisation antigénique dans les prochaines semaines.

Pour plus d'informations sur les données virologiques issues du réseau RENAL de laboratoires hospitaliers et du réseau RELAB de laboratoires de biologie médicale, consultez [le bulletin hebdomadaire du Centre national de référence Virus des infections respiratoires](#)

VRS

En semaine 06, parmi les 107 prélèvements naso-pharyngés ou salivaires réalisés en ville pour le VRS, 9 (8,4%) étaient positifs pour le VRS. Parmi les 10 600 prélèvements naso-pharyngés réalisés à l'hôpital, 453 (4,3%) étaient positifs pour le VRS.

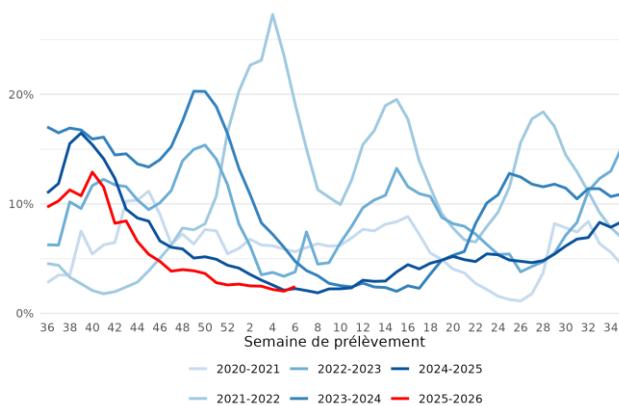
Taux de positivité* pour VRS des prélèvements réalisés en France hexagonale



SARS-CoV-2

En semaine 06, le taux de positivité des prélèvements réalisés en milieu hospitalier (réseau RENAL) était de 2,4% (281/11 471) pour le SARS-CoV-2 (vs 2,0% en S05).

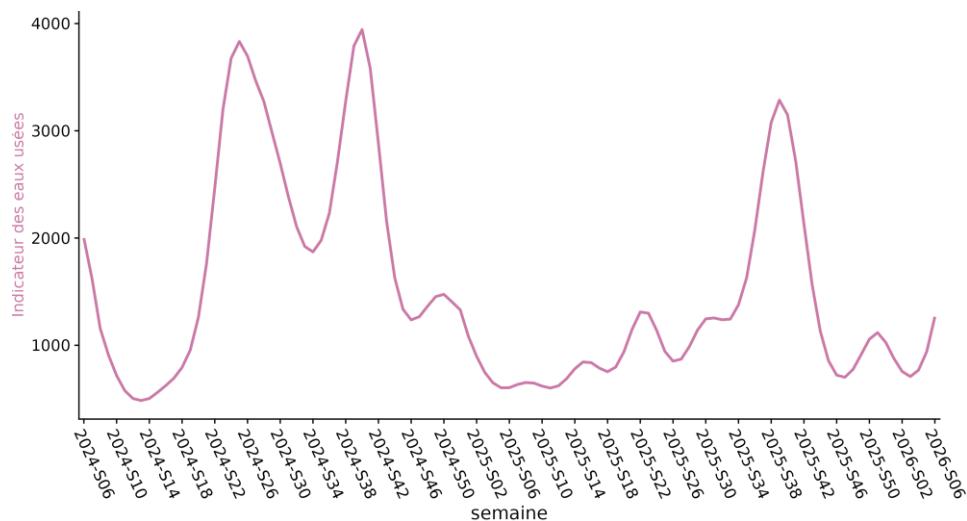
Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 des prélèvements réalisés à l'hôpital en France hexagonale



Surveillance dans les eaux usées

En semaine 06, l'indicateur de suivi du SARS-CoV-2 dans les eaux usées était en augmentation pour la deuxième semaine consécutive. Parmi les 54 stations de traitement des eaux usées, 53 disposaient de données interprétables.

Moyenne des indicateurs de surveillance des eaux usées pondérée par la taille de population raccordée aux différents sites surveillés



Source : SUM'Eau. Indicateur eaux usées : ratio de concentration virale de SARS-CoV-2 sur concentration en azote ammoniacal (Méthodologie en [annexe](#))

Surveillance génomique

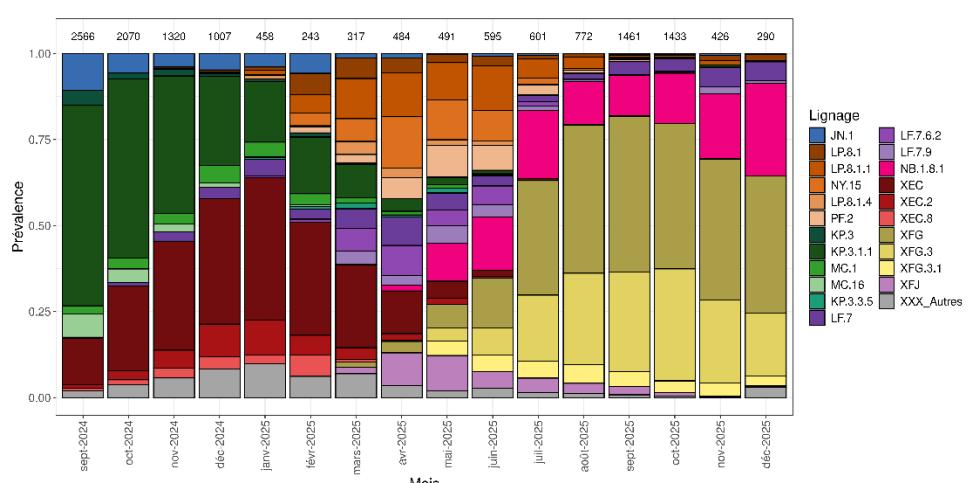
Dans l'Hexagone, en décembre, le lignage XFG (recombinant LF.7/LP.8.1.2) est le plus fréquemment détecté, avec une proportion de 40% (116/290) sans ses sous-lignages, suivi de NB.1.8.1 (descendant de XDV) avec une proportion de 26,9% (78/290), puis de XFG.3 avec une proportion de 18,3% (53/290) et devant LF.7 qui représentait 5,5% (16/290) des séquences détectées. Au total, sur le dernier mois analysé, les lignages XFG et NB.1.8.1 accompagnés de l'ensemble de leurs sous lignages (incluant ceux présents à plus de 5% sur la figure), représentaient respectivement 61% (177/290) et 26,9% (78/290) de l'ensemble des séquences détectées dans l'Hexagone. Au regard du faible nombre de séquences analysées en décembre, une consolidation des données dans les prochaines semaines s'avère nécessaire pour l'interprétation des tendances.

Un nouveau variant du SARS-CoV-2, le variant BA.3.2, a été classé variant sous surveillance par l'organisation mondiale de la santé le 5 décembre 2025. Les premières détections de ce variant ont été rapportées en Afrique du Sud, à partir d'échantillons collectés fin novembre 2024. Le variant BA.3.2 est caractérisé par un profil génétique et antigénique distinct de celui des variants descendants de JN.1, en lien avec un nombre élevé de mutations au niveau de la protéine Spike, incluant plusieurs substitutions localisées dans des régions antigéniques majeures. Comparativement aux autres lignages circulants, les premières données in vitro disponibles suggèrent une capacité accrue d'échappement immunitaire vis-à-vis des anticorps neutralisants. Toutefois, les connaissances actuelles issues des précédents variants indiquent que la vaccination continue d'assurer une protection contre les formes graves de la maladie. Par ailleurs, les premières études in vitro ne mettent pas en évidence d'augmentation significative de l'infectiosité, ni d'avantage de transmission marqué par rapport aux variants actuellement dominants. L'ensemble de ces éléments demeure préliminaire et devra être confirmé par des données épidémiologiques et cliniques en vie réelle.

Selon l'évaluation de l'OMS, le risque pour la santé publique est actuellement considéré comme faible, en l'absence de signal suggérant une augmentation de la sévérité clinique ou une diffusion rapide du variant. Depuis la première détection de ce variant en novembre 2024, 732 séquences BA.3.2 ont été rapportées dans le monde dans la base de données GISAID représentant moins de 5 % du total des séquences disponibles au 27/01/2026, provenant principalement d'Australie, d'Afrique du Sud, d'Allemagne et des Pays-Bas. En France, dans un contexte de faible circulation du SARS-CoV-2 dans la population depuis octobre 2025, la détection du variant BA.3.2 reste très sporadique. Depuis 01/11/2025, 8 séquences ont été identifiées parmi 626 prélèvements collectés et disponibles dans GISAID ce qui correspond à 1,3% des séquences sur cette période en France.

Le graphique représente pour chaque mois les pourcentages des variants SARS-CoV-2 détectés en France hexagonale d'après les données déposées sur la base de données Emergen. Les lignages représentant moins de 5% des variants détectés sont inclus dans le lignage parental ou dans « XXX_Autres ». Le nombre de séquences disponibles pour chaque mois est indiqué au-dessus de l'histogramme. Données produites par le CNR-VIR en s'appuyant notamment sur le réseau RELAB. Le graphique des variants SARS-CoV-2 est mis à jour une fois par mois (troisième semaine du mois), sauf évolution particulière.

Détection des variants SARS-CoV-2, France hexagonale



Mortalité

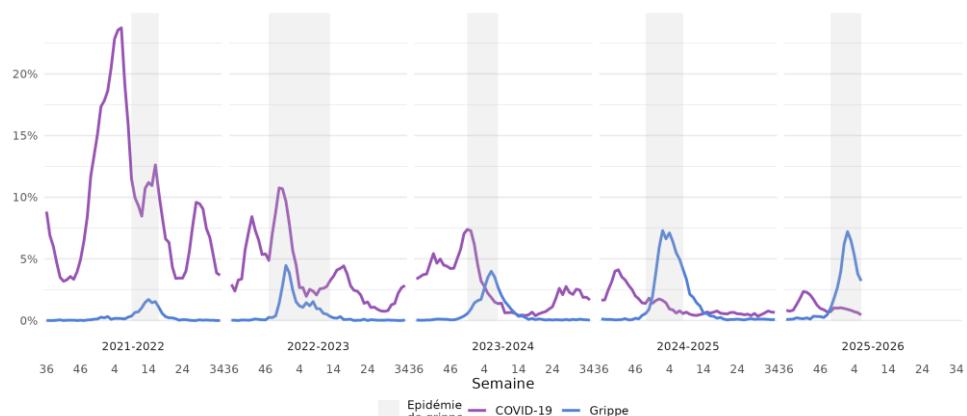
Certification électronique

En semaine 06, parmi les 8 184 décès déclarés par certificat électronique, 3,2% l'ont été avec une mention de grippe comme affection morbide ayant directement provoqué ou contribué au décès (vs 3,8% en S05). La COVID-19 était mentionnée dans 0,5% des décès (vs 0,6% en S5).

En S06, la part des décès avec une mention de grippe parmi l'ensemble des décès certifiés électroniquement diminuait pour la quatrième semaine consécutive, quoique de façon moins prononcée que les semaines précédentes (3,3% vs 3,8%). Parmi les décès liés à la grippe déclarés depuis S40/2025, 94,6% concernaient des personnes de 65 ans et plus, 5,2% des personnes âgées de 15 à 64 ans et 0,2% des enfants de moins de 15 ans.

En progression, le déploiement du dispositif de certification électronique recouvrait, fin 2024, 50% de la mortalité nationale, variant de 25% (Bourgogne-Franche-Comté) à 67% (Auvergne-Rhône-Alpes) selon les régions de l'Hexagone. La part des décès certifiés électroniquement est également hétérogène selon le type de lieu de décès (environ 70% des décès survenant en établissements hospitaliers, près de 34% en Ehpad et 15% à domicile).

Part des décès avec une mention de grippe et COVID-19 parmi l'ensemble des décès certifiés par voie électronique

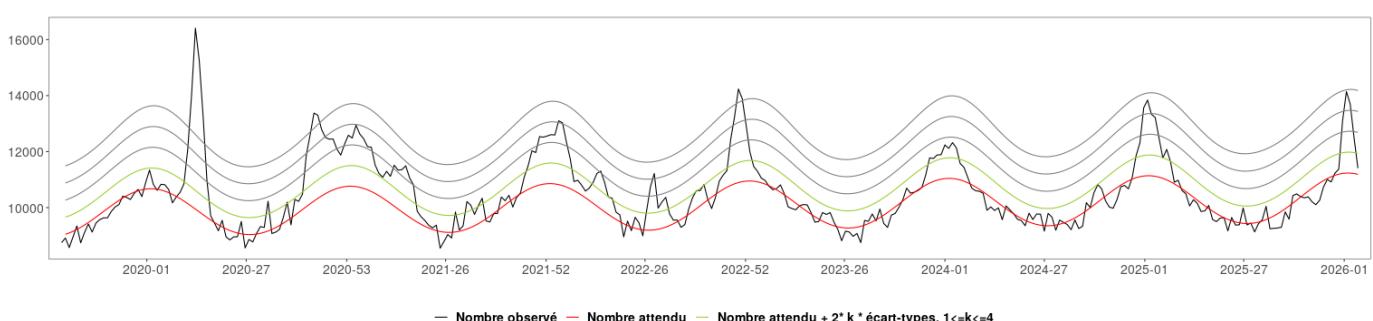


Source : Inserm-CépiDc ; Traitement : Santé publique France

Mortalité toutes causes

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes confondues transmis par l'Insee était dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les classes d'âges en S05.

Fluctuations hebdomadaires des nombres observés (noir) et attendus (rouge) de décès, tous âges, 2018 à 2026 (jusqu'en semaine 05)



Source des données : Insee. Traitement : Santé publique France (Dernière semaine incomplète)

Prévention

Vaccination contre la grippe

Au 31 décembre 2025, la couverture vaccinale contre la grippe de l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, estimée parmi les bénéficiaires du régime général uniquement, était de 46,3%. Elle était de 53,3% chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi elles, 29,0% se sont fait vacciner avec un vaccin amélioré préférentiellement recommandé pour les personnes de 65 ans et plus (Efluelda® ou Fluad®). Chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère, la couverture vaccinale était de 27,1%.

Ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles observées à la même date pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 42,5% pour l'ensemble des personnes à risque (+ 3,8 points), 49,8% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (+ 3,5 points) et 22,7% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque de grippe sévère (+4,4 points).

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année, à l'automne, pour :

- les personnes de 65 ans et plus ;
- les femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse ;
- les personnes âgées de plus de 6 mois atteintes de comorbidité à risque élevé de forme grave de la maladie (incluant notamment : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème, cardiopathie congénitale, insuffisance cardiaque, maladie des valves cardiaques, troubles du rythme cardiaque, maladie des artères du cœur, angine de poitrine, antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'infarctus ou de pontage ; formes graves des affections neurologiques et musculaires, néphropathie (atteinte du rein) chronique grave, personnes en dialyse, diabète, obésité, les personnes immunodéprimées ...) ;
- les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé ;
- les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge ;
- l'entourage des personnes immunodéprimées.

Les vaccins disponibles sont les vaccins Vaxigrip® (Laboratoire Sanofi-Pasteur) et Influvac® (Laboratoire Viatris) pour les adultes et enfants à partir de 6 mois, le vaccin Flucelvax® (CSL Seqirus) pour les adultes et enfants à partir de 2 ans et les vaccins Efluelda® (Laboratoire Sanofi) et Fluad® (Laboratoire CSL Seqirus) pour les adultes de 65 ans et plus.

La campagne a débuté le 9 septembre 2025 à Mayotte et le 14 octobre 2025 dans l'Hexagone, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane. La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière est possible. Les deux vaccinations peuvent être pratiquées dans le même temps, sur deux sites d'injection différents.

Efficacité en vie réelle du vaccin contre la grippe

Les premières estimations de l'efficacité en vie réelle du vaccin contre une infection symptomatique par un virus grippal, produites par le CNR-VIR à partir des données du réseau RELAB (données des laboratoires d'analyses médicales de ville) disponibles jusqu'en S01/2026, indiquent une efficacité du vaccin à 36,4% (intervalle de confiance à 95% : 29,7-42,5%) tous âges confondus. Celle-ci est inférieure chez les 65 ans et plus, quoique de façon non significative, à 27,7% (IC95% : 16,7-37,3%), et plus élevée chez les 18-64 ans, à 45% (IC95% : 35,6-53,1%), et chez les 0-17 ans, à 57,2% (IC95% : 29,5-74%). Il s'agit d'un niveau d'efficacité modéré pour le vaccin grippe, similaire à d'autres estimations au niveau international pour cette saison et supérieur à l'attendu, compte tenu notamment de la forte divergence antigénique du sous-clade K vis-à-vis de la souche A(H3N2) incluse dans le vaccin utilisé cet hiver. Ces estimations sont préliminaires et seront mises à jour à la fin de la saison. ([De Clercq et al, 2026, Eurosurveillance](#))

Avec l'application des gestes barrières, la vaccination reste le moyen le plus efficace de se prémunir de la grippe et de ses complications.

Vaccination contre la COVID-19

Au 31 décembre 2025, la couverture vaccinale contre la COVID-19 de l'ensemble des personnes ciblées par la vaccination, estimée parmi les bénéficiaires du régime général uniquement, était de 12,9%. Elle était de 15,4% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et de 5,9% chez celles âgées de moins de 65 ans à risque.

Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées à la même date et avec une méthodologie commune pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 16,4% pour l'ensemble des personnes à risque (-4,5 points), 19,7% chez les personnes âgées de 65 ans (-4,3 points) et plus et 7,4% (-1,5 point) chez celles âgées de moins de 65 ans à risque.

Le suivi de cette vaccination est fait à partir du remboursement de l'acte d'injection dans le SNDS et non par le remboursement d'une dose de vaccin comme pour la vaccination contre la grippe. Les couvertures vaccinales sont donc certainement sous-estimées du fait du possible non-enregistrement des actes d'injections dans la base des remboursements, lorsque les vaccinations ont été réalisées dans les établissements sanitaires, médico-sociaux incluant les Ehpad ou par certains professionnels vaccinateurs. Le niveau de sous-estimation ne peut cependant être évalué.

La vaccination contre la Covid-19 est recommandée chaque année, à l'automne, pour :

- les personnes âgées de 65 ans et plus,
- les personnes âgées de plus de 6 mois et atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie (hypertension artérielle compliquée, pathologies cardiaques, vasculaires, hépatiques, rénales, pulmonaires, diabète, obésité, cancers, personnes transplantées, personnes atteintes de trisomie 21, de troubles psychiatriques ou de démence),
- les personnes immunodéprimées,
- les femmes enceintes,
- les résidents en Ehpad (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée),
- Les personnes à très haut risque de formes graves
- ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé.

Ces populations sont éligibles à partir de 6 mois après leur dernière infection ou injection de vaccin contre le Covid-19. Ce délai est réduit à 3 mois pour les personnes immunodéprimées et les personnes âgées de 80 ans ou plus.

Le vaccin disponible est le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN messager, adapté au variant LP.8.1 (Laboratoire Pfizer-BioNTech).

La campagne pour cet automne a débuté le 14 octobre 2025. La vaccination conjointe contre la COVID-19 et contre la grippe saisonnière est possible. Les deux vaccinations peuvent être pratiquées dans le même temps, sur deux sites d'injection différents.

Prévention des infections à virus respiratoire syncytial (VRS) du nourrisson

La campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS comprend deux stratégies possibles : la vaccination de la femme enceinte ou l'immunisation des nourrissons par un anticorps monoclonal. Les parents informés par les professionnels de santé peuvent décider de la stratégie à suivre pour leur enfant.

La campagne de vaccination et d'immunisation a débuté le 1^{er} Août 2025 en Guyane, le 1^{er} septembre 2025 en France hexagonale, à la Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy et le 1^{er} octobre à Mayotte.

1. Vaccination chez la femme enceinte, en vue de protéger le nouveau-né et le nourrisson de moins de 6 mois

La vaccination de la femme enceinte est recommandée selon le schéma à une dose avec le vaccin Abrysvo®, entre la 32^e et la 36^e semaine d'aménorrhée, à compter de la date de début de campagne.

La vaccination contre le VRS chez les femmes enceintes immunodéprimées n'est pas recommandée. Dans ce cas, l'administration d'un anticorps monoclonal (palivizumab - Synagis® ou nirsevimab - Beyfortus®) chez le nouveau-né, dès la naissance, ou chez le nourrisson est privilégiée.

2. Immunisation passive des nourrissons par un anticorps monoclonal

Les anticorps monoclonaux disponibles sont :

- 1) nirsevimab (Beyfortus®)
- 2) palivizumab (Synagis®) : la population éligible correspond aux nourrissons nés prématurés et/ou à risque particulier d'infections graves.

L'immunisation par les anticorps monoclonaux s'adresse

- 1) aux nourrissons nés depuis la date de début de la campagne 2025-26 et sous réserve que la mère n'ait pas été vaccinée par Abrysvo® et
- 2) à ceux nés entre février et août 2025 à titre de rattrapage.

Pour les nourrissons exposés à leur deuxième saison de circulation du VRS, les anticorps monoclonaux sont également indiqués pour les nourrissons de moins de 24 mois vulnérables à une infection sévère due au VRS selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Vaccination contre les infections à virus respiratoire syncytial (VRS) chez la personne âgée

Dans le calendrier des vaccinations 2025, il est recommandé la vaccination des personnes âgées de 75 ans et plus, et des personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies respiratoires chroniques (notamment broncho pneumopathie chronique obstructive) ou cardiaques (notamment insuffisance cardiaque) susceptibles de fortement s'aggraver lors d'une infection à VRS.

La nécessité d'un rappel chaque année n'a pas été établie.

Les vaccins disponibles sont le vaccin MRESVIA® (non remboursé actuellement), le vaccin Arexvy® (non remboursé actuellement) et le vaccin Abrysvo® (non remboursé actuellement pour les personnes de 60 ans et plus).

Gestes barrières

En complément des vaccinations et des traitements préventifs existants, l'adoption des gestes barrières reste indispensable pour se protéger et protéger son entourage de l'ensemble des maladies de l'hiver :

- Mettre un masque dès les premiers symptômes (fièvre, nez qui coule ou toux), dans les lieux fréquentés ou en présence de personnes fragiles.
 - Se laver correctement et régulièrement les mains.
 - Aérer régulièrement les pièces.

Depuis le 25 octobre 2025, Santé publique France, aux côtés du Ministère chargé de la Santé et de l'Assurance Maladie, diffuse une campagne visant à encourager l'adoption de ces trois gestes barrière.

L'Assurance Maladie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS

SA Santé famille
retraite services

Santé publique France

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

Chaque année, la grippe nous rappelle la nécessité de se faire vacciner.

65 ans

Maladie chronique

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN

La grippe est dangereuse. Elle cause des hospitalisations et plusieurs milliers de morts chaque année. 65 ans et plus, personnes atteintes de maladies chroniques, femmes enceintes, faites-vous vacciner.

ameli.fr

Toux ? Fièvre ? Nez qui coule ? Mettons un masque.

Retrouvons le réflexe des gestes barrières.

Porter un masque + **Se laver les mains** + **Aérer les pièces**

L'Assurance Maladie

Partenaires

Santé publique France remercie le large réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance des infections respiratoires aiguës : médecine libérale et hospitalière, urgences, Centre national de référence Virus des infections respiratoires, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, surveillance microbiologique des eaux usées, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Chnam, Inserm, Insee.

Pour en savoir plus

Surveillance intégrée des [IRA](#)

Surveillances de la [grippe](#), de la [bronchiolite](#) et de la [COVID-19](#)

Surveillance syndromique [SurSaUD®](#)

Surveillance en [établissements médico-sociaux](#)

Surveillance en médecine de ville : [Réseau Sentinelles](#) (Inserm - Sorbonne Université)

Surveillance virologique (Centre national de référence Virus des infections respiratoires, [Institut Pasteur](#) et [Hospices Civils de Lyon](#))

En région : consultez les [Bulletins régionaux](#)

Indicateurs en open data : [Odissé](#)

Plus d'informations sur l'application de la méthode PISA de l'OMS au regroupement syndromique « Infections respiratoires aiguës basses » [ici](#)

Prévisions de la dynamique de l'épidémie de grippe en France hexagonale, saison 2025-2026 :
[consultez le document publié par l'Institut Pasteur et Santé publique France](#)

Si vous souhaitez vous abonner au bulletin hebdomadaire IRA : [Abonnement](#)

Equipe de rédaction

Sibylle Bernard-Stoecklin, Bruno Coignard, Anne Fouillet, Anabelle Gilg Soit Ilg, Rémi Hanguéhard, Frédéric Jourdain, Anna Maisa, Damien Mouly, Harold Noël, Isabelle Parent du Châtelet, Florian Ruiz, Laïla Toro, Sophie Vaux, Delphine Viriot, Centre national de référence Virus des infections respiratoires

L'équipe remercie pour leurs contributions les Directions des maladies infectieuses, des régions, d'appui, traitement et analyses de données, et prévention et promotion de la santé.

Pour nous citer : Bulletin Infections respiratoires aiguës. Édition nationale. Semaine 6 (2 au 8 février 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 25 p.

Directrice de publication : Caroline Semaille.

Date de publication : 11 février 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr